

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Milton Andres Novoa Gutierrez					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1023368770		
CORREO ELECTRONICO:	Mandresnovoa@gmail.com			CELULAR:	3057818214		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		U C S Entidad en territorio USS PABLO VI BOSA		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA16V01-2	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA COLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	472006294			PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	3443			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	501	FECHA	2025-02-26 16:00:20.000	NÚMERO DE CRP	17802	FECHA	2025-03-03 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	GESTOR COMUNITARIO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
		2025-03-03			2025-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,857,760			
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$5,573,280
VALOR EJECUTADO	\$1,857,760
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1,857,760
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$3,715,520
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
0	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar búsqueda activa de población priorizada para actividades de promoción, prevención e inducción efectiva a la prueba rápida de VIH (utilizando estrategias de voz a voz, redes sociales, entre otros)	Se realizo la oferta de servicios para población clave de acuerdo a las localidades bajo condiciones de confidencialidad	Evidencia fotográfica, entrega de formatos prueba rápida
Participar en la construcción de las fichas técnicas metodológicas de las actividades del convenio	Realización y lectura de las fichas técnicas metodológicas de las actividades del convenio.	Fichas metodológicas
Entregar los paquetes de servicios de prevención del proyecto a las poblaciones clave y desarrollar las actividades educativas definidas en el convenio acorde a las fichas metodológicas	Entregar los paquetes de servicios de prevención del proyecto a las poblaciones clave	Formato entrega de paquetes
Realizar entrega a los usuarios abordados, de elementos adicionales al paquete de servicios de prevención, que sean suministrados por ENTerritorio	Entrega a los usuarios abordados, de elementos adicionales al paquete de servicios de prevención,	Formato entrega de paquetes
Realizar la entrega de insumos de paquete de prevención en domicilio, según solicitud de usuarios y agendamiento previo	Entrega de insumos a población clave de acuerdo al agendamiento	Formato entrega de paquetes
Acompañar los procesos de agendamiento y promoción de los puntos de atención habilitados en la ciudad para la oferta de servicios de promoción y prevención de VIH	Agendamiento y promoción de los puntos de atención habilitados semanalmente	Formato entrega de paquetes
Elaborar plan de trabajo y apoyar en el mapeo de actores comunitarios, lugares, actores claves, así como la identificación de espacios donde confluye la población clave. Para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención, con la periodicidad que se requiera	Diseño de plan de trabajo y apoyar en el mapeo de actores comunitarios, lugares, actores claves	Cronograma, mapeo
Asistir al 100% de las actividades programadas por la coordinación del convenio, que incluyen: jornadas de planeación, elaboración de cronogramas, entrega de inventarios, diligenciamiento de formatos de supervisión, entrega de formatos SISCO SSR y retroalimentación de ajustes	Se asistió a todas las actividades programadas de acuerdo al convenio	Entrega de formatos SISCOSS, Evidencia fotográfica, asistencia jornadas
Asistir al 100% de las jornadas incluidas en el cronograma, para la entrega de paquetes de servicios de prevención y oferta de pruebas de VIH	Se asistió a todas las actividades programadas de acuerdo al cronograma semanal	Entrega de formatos SISCOSS, Evidencia fotográfica, asistencia jornadas, cronograma
Apoyar la identificación de barreras operativas del proceso e informarlas al coordinador del convenio	Apoyar la identificación de barreras operativas en la ejecución del contrato	Actas de socialización
Identificar e informar en las jornadas de planeación, los lugares específicos de la población donde no se han realizado actividades previamente o son de difícil ingreso y apoyar en la gestión de los permisos y autorizaciones necesarias para la oferta de servicios	Apoyar en la formulación de estrategias locales	Actas de articulación
Apoyar en la formulación de estrategias locales para el abordaje a población clave y para mejorar el acceso a los paquetes de prevención y demanda de pruebas de VIH	Apoyar en la formulación de estrategias locales	entrega de formatos SISCOSS
Adoptar las estrategias necesarias para identificar y ampliar la cobertura en lugares de encuentro o redes de la población para ofertar los paquetes de prevención y pruebas de VIH	Articular en las jornadas de planeación, los lugares específicos de la población donde no se han realizado actividades previamente	Actas de articulación
Diligenciar y entregar en forma oportuna, completa y sin enmendaduras, los formatos de entrega de paquetes de prevención y los demás formatos a su cargo	Entregar en forma oportuna, completa y sin enmendaduras, los formatos de entrega	entrega de formatos SISCOSS
Cumplir con los lineamientos para el manejo, control y seguimiento de los insumos suministrados por ENTerritorio	Entrega semanal de insumos no utilizados en las actividades	Insumos, planilla de insumos
Realizar el uso adecuado y responsable de los elementos visibilización e identificación (chalecos, carnet, etc.) suministrados por ENTerritorio	Portar los elementos suministrados por ENTerritorio con uso adecuado	Evidencia fotográfica
Custodiar los formatos físicos y base (s) de datos de los participantes en actividades, en términos de confidencialidad en el marco del convenio	Entrega de formatos semanales con calidad del dato	Entrega de formato SISCO con calidad del dato
Facilitar la búsqueda de usuarios de difícil contacto en su comunidad para el acceso a la oferta de los servicios de promoción, prevención, inducción efectiva a la prueba rápida de VIH y acceso a tratamiento	Se realiza socialización de estrategias de prevención para VIH	Actas, Evidencia fotográfica
Garantizar que personas alcanzadas puedan participar al menos 2 veces durante el año en las actividades de prevención	Entrega de paquetes de servicio a población clave al menos dos veces al año	Entrega de formato SISCO con calidad del dato
Garantizar que los insumos sean entregados a las poblaciones clave priorizadas acorde a las fichas metodológicas	Entrega de paquetes de servicio a población clave	Entrega de formato SISCO con calidad del dato
Apoyar la toma y lectura de pruebas rápidas de VIH a población clave de acuerdo con el algoritmo diagnóstico vigente en el país	Entrega de paquetes de servicio a población clave según lineamientos del convenio	Entrega de formato SISCO con calidad del dato
Activación y canalización de rutas a los servicios de salud correspondientes de acuerdo a la necesidad de la población	Se realizo la oferta de servicios para población clave de acuerdo a las localidades bajo condiciones de confidencialidad	Evidencia fotográfica, entrega de formatos prueba rápida

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA N°1/2025

LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR

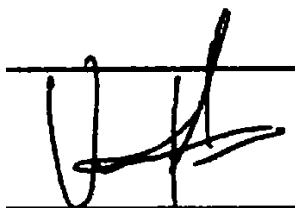
OCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MILTON ANDRÉS NOVOA GUTIÉRREZ

CC. 1023368770 DE BOGOTÁ

La suma de: UN MILLÓN OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE. (\$1.857.760), por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Gestion del Riesgo en salud dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional y en el marco del convenio 2230111. Durante el periodo de 1 al 31 de Marzo de 2025 de conformidad a lo establecido en el contrato de prestación de servicios N.3443-2025.



MILTON ANDRÉS NOVOA GUTIÉRREZ

CC. 1023368770 DE BOGOTÁ

CUENTADEAHORROSBANCO BBVA

472006294

FECHA		RESPONSABLE	REALIZACIÓN ACTIVIDAD			
			SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD						
1. Colaborador		Nuevo OPS <input checked="" type="checkbox"/> Cambio Perfil OPS <input type="checkbox"/> Nuevo Planta <input type="checkbox"/>	Versión: 5			
2. Nombres y apellidos del colaborador		Milton Andres Nova Gutierrez	Fecha de aprobación: 18/03/2025			
3. Documento		Tipo de Documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Número: 7023368990	Código: 06-00-FO-0001			
4. Perfil o cargo		Gestor Comunitario				
5. Dependencia- Proceso - Área		Gestión del Riesgo - Convenios				
6. Tipo de Vinculación		ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS <input checked="" type="checkbox"/> PLANTA <input type="checkbox"/> TERCEROS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> CUAL: _____				
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred		DÍA 3 MES 3 AÑO 2025				
8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO						
Entrega de Clave Aula Virtual			<input checked="" type="checkbox"/>			
Se realizó Afiliación a la ARL			<input checked="" type="checkbox"/>			
Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente			<input checked="" type="checkbox"/>			
Entrega de Carnet Institucional			<input checked="" type="checkbox"/>			
Sensibilización Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)					<input checked="" type="checkbox"/>	
9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN						
Entrega de usuario y contraseña						
Sensibilización formatos de historia clinica correspondientes						
Sensibilización acuerdos de confidencialidad						
Firma digital						
10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO) (Este espacio debe diligenciarlo después de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Especificas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm)						
Fecha Entrenamiento Procesos Transversales Virtual:						
Humanización						
Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo						
Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres						
Participación y Atención al Usuario						
Gestión de la Tecnología						
Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS						
Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública						
Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia						
Gestión Documental						
Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMMI						
11. DIRECCIONES / OFICINAS						
INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)						
Lugar de Ubicación Colaborador		Cable VI				
Servicio donde va a desarrollar actividades		Cable VI				
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)		03-03-25				
Fecha de Finalización (D/M/A)		03-03-25				
12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO						
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)		Luis Robayo				
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)		Coordinador Convenio				
ACTIVIDADES TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO						
Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano			<input checked="" type="checkbox"/>			
Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal			<input checked="" type="checkbox"/>			
Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios.			<input checked="" type="checkbox"/>			
Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades			<input checked="" type="checkbox"/>			
Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y/o funciones y asuntos personales.			<input checked="" type="checkbox"/>			
Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece			<input checked="" type="checkbox"/>			
Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018)			<input checked="" type="checkbox"/>			
Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004)			<input checked="" type="checkbox"/>			
Portafolio de servicios (https://www.subredsuoccidente.gov.co/)			<input checked="" type="checkbox"/>			
Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006)			<input checked="" type="checkbox"/>			
Adherencia lavado de manos (02-02-FO-0046)			<input checked="" type="checkbox"/>			
Manual de manejo y diligenciamiento de historia clinica (14-06-MA-0001)			<input checked="" type="checkbox"/>			
Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clinica			<input checked="" type="checkbox"/>			
Ruta de acceso a la intranet/Almera para verificación de documentos guías. Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio			<input checked="" type="checkbox"/>			

03-03-25

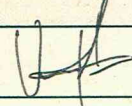
Luis Robayo

03-03-25

Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestión del Riesgo en salud (Riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procesos de auditoría interna y externa que están relacionados con su proceso.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información sobre programas de PyD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién se debe notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manual de Referencia y contrarreferencia 09-03-PR-0003	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial Código Almera 02-05-RES-0045-2022	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO

FECHA	SERVICIO	PERFIL	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
03-03-25	COMPONENTES SALUD PÚBLICA	Describir el perfil del Talento Humano	ACTIVIDADES				
			Presentación del espacio y/o componente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Entrega de la caja de herramientas por medio magnético (formato y explicación del informe de actividades, fechas de entrega del mismo, entrega de lineamientos o rutas, documentos de consulta, formato de cronograma o matrices)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Se informó frente a controles existentes e informes y la periodicidad con que debe presentarlos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Se informó frente a eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Se realizó Entrenamiento en Campo - Manejo de procedimientos aplicables al proceso de trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Se informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. VALORACIÓN DEL COLABORADOR			15. VALORACIÓN DEL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO				
Califique de 1 a 5 si la información que se le brindó respecto a sus funciones y/o Actividades, fue clara 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 <input checked="" type="checkbox"/>			Registre las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas:				
Califique de 1 a 5 si la indicación de la información recibida sobre el sitio donde usted desarrollará sus funciones y/o actividades fue la adecuada. 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 <input checked="" type="checkbox"/>			Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el mapeo de herramientas informáticas y uso de equipos. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___				
			Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___				
16. CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración				Bajo	Medio	Satisfactorio	Excelente
						<input checked="" type="checkbox"/>	

17. FIRMA DEL COLABORADOR	Milton Novoa	18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO		19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO	
---------------------------	--------------	--	--	---	--

khiOgWAL9h

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Certifica que:

MILTON ANDRES NOVOA GUTIERREZ

Identificado con:

Participó y aprobó :

***El Curso virtual Conociendo a la Subred Sur Occidente E.S.E.
Intensidad 4 Horas***

Lorena Colmenares G.

***Yeimy Lorena Colmenares González
Director Operativo - Dirección de Gestión del Talento Humano***

26 de March de 2025

"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Milton Andres Novoa Gutierrez, identificado(a) con CC número 1023368770, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1023368770
NOMBRES Y APELLIDOS	Milton Andres Novoa Gutierrez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	07/06/2005
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/06/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	133 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	56 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	12/09/2024
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1023368770 Trabajador Independiente
Desde 03/03/2025 - Vigente N.I.T. 860013570 CAJADE
COMPENSACION FAMILIAR CAFAM Desde 12/09/2024 Hasta 31/01/2025

Medellín, 25 de marzo de 2025

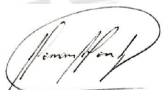
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que MILTON ANDRES NOVOA GUTIERREZ identificado(a) con C1023368770 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10233687702508460651

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

BOGOTA, D.C., 25 de Marzo de 2025

2025_6325843-44296965

Señor (a):
MILTON ANDRES NOVOA GUTIERREZ
MANDRESNOVOA@GMAIL.COM
BOGOTA, D.C. - BOGOTA D.C

Referencia: Radicado No. 2025_6325843 del 25 de Marzo de 2025
Ciudadano: MILTON ANDRES NOVOA GUTIERREZ
Identificación: C.C. 1023368770
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia, ha sido aceptada.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones.	1

Cordialmente,



LUZ ADRIANA LOIZA SANDOVAL
Profesional Máster 320-08 con asignación de funciones de Director de Atención y Servicio